

Gonda Bauernfeind, Steve Strupeit

Dekubitus- prophylaxe und -behandlung

Praxisleitfaden zum Expertenstandard
„Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

Kohlhammer

Die Autoren

Gonda Bauernfeind, Pflegedienstleiterin, Wundtherapeutin®DGfW (Pflege), Mitglied der DNQP-Expertenarbeitsgruppe »Pflege von Menschen mit chronischen Wunden«, freiberufliche Dozentin im Gesundheitswesen und Gutachterin.

Prof. Dr. rer. cur. Steve Strupeit, Wundtherapeut®DGfW (Pflege), Schriftleitung der Zeitschrift für Wundheilung, Mitglied der DNQP-Expertenarbeitsgruppe »Förderung und Erhaltung der Mobilität«.

Gonda Bauernfeind
Steve Strupeit

Dekubitusprophylaxe und -behandlung

Praxisleitfaden zum Expertenstandard
»Dekubitusprophylaxe in der Pflege«

Unter Mitarbeit von Arne Buss

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Piktogramme



Definition



Merke



Warnung



Fallbeispiel

1. Auflage 2015

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Grafiken: Dolle, W. (2013) <http://imajinn-design.jimdo.com/>

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-022080-5

E-Book Formate:

pdf: 978-3-17-025868-6

epub: 978-3-17-025869-3

mobi: 978-3-17-025870-9

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

1	Die nationalen Expertenstandards	7
1.1	Entwicklung	7
1.2	Aktualisierung	9
1.3	Andere Expertenstandards	10
2	Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe in der Pflege«	11
3	Exkurs: Leitlinien	14
3.1	Was sind Leitlinien?	14
3.2	Nationale Leitlinien	15
3.3	Internationale Leitlinien	15
4	Exkurs: Evidence-based Nursing	19
4.1	Grundlagen	19
4.2	Prozess	21
4.3	Zusammenfassung	22
5	Ausführungen zu den Handlungsebenen	24
5.1	Ausführungen zur Handlungsebene 1	24
5.2	Ausführungen zur Handlungsebene 2	34
5.3	Ausführungen zur Handlungsebene 3	41
5.4	Ausführungen zur Handlungsebene 4	47
5.5	Ausführungen zur Handlungsebene 5	50
5.6	Ausführungen zur Handlungsebene 6	52
5.7	Zusammenfassung	55
6	Implementierung von Expertenstandards	61
6.1	Umsetzung des Phasenmodells des DNQP	61
6.2	Umsetzung am Beispiel des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe	63
6.3	Zusammenfassung	74
7	Aktuelles Wissen zu Dekubitus und Prophylaxe	77
7.1	Prävalenz/Inzidenz	77
7.2	Definition Dekubitus (EPUAP & NPUAP)	78

7.3	Ätiologie für die Entstehung von Dekubitalulcerationen	80
7.4	Entstehung und Ausbreitung des Dekubitus	84
7.5	Dekubitusklassifikation	93
7.6	Risikofaktoren	107
7.7	Risikomanagement	118
7.8	Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken	138
7.9	Druckverteilende Hilfsmittel	153
7.10	Ernährung und Dekubitus	184
7.11	Patientenedukation	186
	Glossar	197
	Literatur	201
	Stichwortverzeichnis	209
	Anhang	211

1 Die nationalen Expertenstandards

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) schließt sich aus mehreren Fachakteuren aus dem Pflegebereich zusammen. Das übergeordnete Ziel des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität in Deutschland. Zu diesem Zweck entwickelt, erstellt und veröffentlicht das Netzwerk seit dem Jahr 2000 in regelmäßigen Abständen die sogenannten Expertenstandards zu sämtlichen Pflegeethemen (DNQP, 2013). Die Expertenstandards fassen das aktuell vorhandene Wissen zu der jeweiligen Thematik zusammen und geben, darauf basierend, Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis. Diese werden in Form von Standardkriterien formuliert, welche vertikal nach einzelnen Handlungsebenen, und horizontal nach den Qualitätsebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geordnet sind. Im Folgenden wird ein Überblick über die Entstehung, Entwicklung und Veröffentlichung der Expertenstandards im Allgemeinen und des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe im Besonderen gegeben.

1.1 Entwicklung

Die Auswahl der Themen für die Expertenstandards erfolgt durch den Lenkungsausschuss des DNQP. Der Lenkungsausschuss setzt sich aus mehreren Vertretern aus Pflegewissenschaft, -management, -lehre und -praxis zusammen und ist für die inhaltliche Steuerung des Netzwerkes verantwortlich. Die bisher ausgewählten Themen spiegeln die wesentlichen Pflegeprobleme wider (Dekubitus, chronische Wunden, Inkontinenz, Sturz, Schmerzen und Mangelernährung). Zudem wird mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement der Problematik von Versorgungsbrüchen begegnet.

Themenwahl

Wurde ein Thema festgelegt, wird im Anschluss eine unabhängige Expertenarbeitsgruppe gebildet, die aus acht bis zwölf Experten aus Pflegepraxis und -wissenschaft sowie einer Patienten- bzw. Verbrauchervertretung besteht. Für jeden Expertenstandard wird eine neue Arbeitsgruppe gebildet.

Bildung einer Expertenarbeitsgruppe

Die Grundlage für jeden Expertenstandard bildet eine umfassende Literaturanalyse, in welche sämtliche nationale und internationale Quellen

Inhaltliche Entwicklung

einbezogen, ausgewertet und interpretiert werden. Dabei werden allgemein geltende Prinzipien zur Bewertung von wissenschaftlichen Studien angewendet. Liegen zu einem thematischen Bereich keine Studien vor oder reichen die vorhandenen Studien nicht aus, um eindeutige Erkenntnisse abzuleiten, wird auf die Einschätzung von Fachexperten zurückgegriffen. Auf der Grundlage des zusammengetragenen Wissens wird dann von der Expertenarbeitsgruppe ein erster Entwurf des Expertenstandards erstellt (DNQP, 2011).

Bei der Bewertung der Literatur verwendet das DNQP die Evidenzklassen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) von 2001.

Tab. 1.1:
Evidenzklassen
Expertenstandard
DNQP (Quelle: Kottner
& Tannen, 2010, S.48)

Evidenzklasse	Erläuterung
I a	Höchste Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien.
I b	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie.
II a	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
II b	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie.
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudie).
IV	Evidenz aufgrund von Berichten, Meldungen von Expertengruppen, Konsensus-Konferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten.

Das DNQP richtet sich bei der Darstellung der Evidenzklassen nach »einer aktuellen international anerkannten Klassifikation« (DNQP, 2011, S. 8). Die Bewertung der einzelnen Studien wird von mindestens zwei Personen vorgenommen, die dabei unabhängig voneinander vorgehen. Die Grundlage für die Bewertung bilden spezielle Klassifikationen oder Checklisten, die von nationalen und internationalen Organisationen veröffentlicht wurden, um Studien anhand bestimmter Kriterien zu bewerten. Je nach Studiendesign kommen unterschiedliche Klassifikationen zum Einsatz.

Konsensfindung

Um den Standardentwurf mit der Fachöffentlichkeit abzustimmen, veranstaltet das DNQP eine sogenannte Konsensus-Konferenz, in deren Verlauf die Inhalte der Expertenstandards diskutiert werden. Bei der abschließenden Erstellung des Standards werden die Ergebnisse aus der

Konferenz berücksichtigt. Nach etwa drei Monaten erfolgt die Veröffentlichung des endgültigen Expertenstandards, welcher dann den Praxiseinrichtungen zur Verfügung steht.

Um zu überprüfen, ob die Expertenstandards praxistauglich sind und ob sie von den Anwendern in der Praxis akzeptiert werden, erfolgt im Anschluss an die Konsensus-Konferenz eine sechsmonatige Implementierung des Standards in etwa 25 ausgewählten Einrichtungen. Abschließend wird die Ergebnisqualität in den teilnehmenden Einrichtungen gemessen und veröffentlicht (DNQP, 2011).

Modellhafte
Implementierung

1.2 Aktualisierung

Weil sich das Wissen fortlaufend weiterentwickelt und dadurch stetig neue Erkenntnisse entstehen, werden alle Expertenstandards regelmäßig aktualisiert. Dadurch wird die Aktualität der darin gegebenen Empfehlungen an die Praxis gewährleistet. Die Aktualisierung erfolgt spätestens alle fünf Jahre, ausgehend von der Veröffentlichung der Ergebnisse der Konsensus-Konferenz. Wenn allerdings gravierende praxisrelevante Erkenntnisse zu einem Thema entstehen, wird die Aktualisierung vorgezogen. Um sicherzustellen, dass solche Erkenntnisse berücksichtigt werden, findet einmal im Jahr ein Verfahren statt, in dessen Verlauf die Expertenarbeitsgruppe von dem wissenschaftlichen Team des DNQP um Rückmeldung zu eventuellen relevanten Änderungen gebeten, um festzustellen, ob eine vorzeitige Aktualisierung notwendig ist.

Zeitintervalle

Wenn die Aktualisierung eines Expertenstandards ansteht, sei es zu den regulären zeitlichen Abständen oder aus aktuellem Handlungsbedarf, wird erneut eine Expertenarbeitsgruppe einberufen, welche sich aus den ursprünglichen Mitgliedern und/oder aus neu einberufenen Akteuren zusammensetzt.

Einberufung der
Expertenarbeits-
gruppe

Zur Erfassung aktueller Erkenntnisse wird dann eine neue Literaturanalyse durchgeführt, in welche Veröffentlichungen einbezogen werden, die zwischen dem Zeitpunkt der Fertigstellung der ursprünglichen Analyse und dem Beginn der Aktualisierung erschienen ist.

Aktuelle
Literaturanalyse

Ähnlich der Entwicklung eines erstmalig entwickelten Expertenstandards erfolgt die Anpassung der Aktualisierung durch die Expertenarbeitsgruppe. In mindestens einer Sitzung werden die neuen Erkenntnisse bewertet, mögliche Anpassungen überprüft und bei Bedarf der neue Standard geändert.

Anpassung des
Expertenstandards

Im Anschluss an die Anpassung des Expertenstandards wird der aktualisierte Entwurf samt Literaturstudie für sechs bis acht Wochen auf der DNQP-Internetseite veröffentlicht. So erhält die Fachöffentlichkeit die Möglichkeit, Stellung zu der aktualisierten Fassung zu nehmen.

Einbeziehung der
Fachöffentlichkeit

Bei der Erstellung der abschließenden Fassung des aktualisierten Standards werden die Stellungnahmen aus der Fachöffentlichkeit einbezogen.

Erstellung der
endgültigen Version

Der weitere Austausch zwischen Expertenarbeitsgruppe und Fachöffentlichkeit erfolgt schriftlich. Bei Unstimmigkeiten innerhalb der Expertenarbeitsgruppe hinsichtlich des Inhalts wird eine Sitzung der Arbeitsgruppe einberufen. Je nach Ausmaß der in der Aktualisierung vorgenommenen Veränderungen kann eine erneute modellhafte Implementierung notwendig werden. Die abschließend veröffentlichte aktualisierte Fassung des Expertenstandards beinhaltet eine Präambel, die Kommentierung, die neue Literaturstudie, einen Methodenbericht, die Ergebnisse der Aktualisierung und das überarbeitete Auditinstrument. In Form von Pressemitteilungen, Vorträgen oder Veröffentlichungen wird die Veröffentlichung der Aktualisierung begleitet (DNQP, 2011).

1.3 Andere Expertenstandards

Zusammen mit dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe hat das DNQP mittlerweile Expertenstandards zu insgesamt sieben Aufgabenfeldern in der Pflege veröffentlicht; zwei weitere Standards befinden sich derzeit in der Entwicklung (► Tab. 1.2):

Tab. 1.2:
Nationale
Expertenstandards
im Überblick (Stand:
September 2014)

Thematik	Zeitlicher Verlauf
Dekubitusprophylaxe in der Pflege	Abschließende Veröffentlichung 2002 1. Überprüfung 2004 1. Aktualisierung 2010
Entlassungsmanagement in der Pflege	Abschließende Veröffentlichung 2004 1. Aktualisierung 2009
Schmerzmanagement in der Pflege	Abschließende Veröffentlichung 2005 1. Aktualisierung 2011
Sturzprophylaxe in der Pflege	Abschließende Veröffentlichung 2006 1. Aktualisierung 2013
Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	Abschließende Veröffentlichung 2007 1. Aktualisierung 2014
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	Abschließende Veröffentlichung 2009
Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	Abschließende Veröffentlichung 2010
Förderung der physiologischen Geburt	1. Veröffentlichung 2014
Erhaltung und Förderung der Mobilität	Abschließende Veröffentlichung noch unbekannt

2 Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe in der Pflege«

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe war der erste Expertenstandard, den das DNQP veröffentlichte. Erstmals erschien der Standard im Jahr 2000 als Sonderdruck und die erste Auflage wurde 2002 veröffentlicht. Gleichzeitig war dies der erste Expertenstandard, der erstmalig einer Aktualisierung unterzogen wurde. Die neue Literaturstudie ergab jedoch keine ausschlaggebenden aktuellen Erkenntnisse und so wurde im Jahr 2004 eine zweite Auflage mit neuer Literaturstudie (1999–2002), allerdings ohne Änderungen im Standard selbst, veröffentlicht. Im Verlauf der folgenden Jahre ergaben sich auf dem Gebiet der Dekubitusprophylaxe dann neue Erkenntnisse, sodass die zuletzt vorgenommene Aktualisierung grundlegende Änderungen des Standards zufolge hatte. So wurde im Jahr 2010 die erste Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe veröffentlicht (DNQP, 2010b).

Nachdem seit der letzten Veröffentlichung im Jahr 2004 fünf Jahre vergangen waren und sich in der Zwischenzeit keine relevanten neuen Erkenntnisse ergaben, wurde im Jahre 2009 eine Expertenarbeitsgruppe einberufen. Die Arbeitsgruppe bildeten zehn Vertreter aus der Pflegewissenschaft und -praxis (Katrin Balzer, Prof. Dr. Theo Dassen, Dr. Johanna Feuchtinger, Christa Gottwald, Karla Kämmer, Prof. Dr. Eva-Maria Panfil, Gerhard Schröder, Thomas Skiba, Eva Steinmetz, Prof. Dr. Doris Wilborn) sowie eine Patientenvertreterin (Gisela Flake). Die wissenschaftliche Leitung übernahm Prof. Dr. Theo Dassen.

Einberufung der
Expertenarbeitsgruppe

Zwei Pflegewissenschaftler wurden mit der Durchführung der neuen Literaturstudie betraut. Auf der Grundlage der ursprünglichen Literaturstudie recherchierten die Autoren Veröffentlichungen, die zwischen 2002 und 2009 erschienen sind. Die Sichtung, Analyse und Bewertung der Literatur erfolgte durch beide Autoren, unabhängig voneinander. Im Zuge der Studie konnten sie 148 neue Quellen ausfindig machen.

Aktuelle
Literaturanalyse

Die Anpassung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe erfolgte in Zusammenarbeit zwischen dem wissenschaftlichen Team des DNQP, der Expertenarbeitsgruppe und des DNQP-Lenkungsausschusses. Im Rahmen der dafür anberaumten Sitzung überprüfte die Expertenarbeitsgruppe die Standardkriterien im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Anpassung aufgrund der neu gewonnenen Erkenntnisse aus der Literaturstudie. Daraus ergaben sich folgende Anpassungen, die in einer vorläufigen aktualisierten Fassung einbezogen wurden:

Anpassung des
Expertenstandards

1. Begriffliche Änderungen (»Patient/Betroffener« wurde durch »Patient/Bewohner« ersetzt; »Dekubitus-Grade« wurde durch »Dekubitus-Kategorien« ersetzt; auf den Begriff »Lagerung« wurde weitestgehend verzichtet; im Zusammenhang mit Unterlagen wird nicht mehr der Begriff »druckreduzierend« sondern der Begriff »druckverteilend« verwendet).
2. Die Begründung wurde ergänzt durch den Satz »Ausnahmen sind in pflegerisch oder medizinisch notwendigen Prioritätensetzungen oder im Gesundheitszustand der Patienten/Bewohner begründet« (DNQP, 2010b).
3. In der ersten Kriterienebene zur Risikoerfassung wurde, im Gegensatz zum ursprünglichen Expertenstandard, auf eine Empfehlung von Risikoskalen verzichtet. Stattdessen wurde die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft in den Vordergrund gerückt. Zusätzlich wurden die Risikofaktoren um externe Faktoren (z. B. Tuben) ergänzt.
4. Die ursprüngliche Kriterienebene 4 zu weiteren Interventionen (ernährungsspezifische Maßnahmen und Maßnahmen zur Förderung der Gewebetoleranz) wurde gestrichen.
5. Das Prozesskriterium 5 (Information/Beratung/Schulung) wurde um das Beispiel »Dialyse-Abteilung« ergänzt.
6. In Kriterienebene 6 (Evaluation der Maßnahmen) wird der klinischen Einschätzung durch die Pflegefachkraft mehr Bedeutung gegeben.

Einbeziehung der
Fachöffentlichkeit

Nachdem die vorläufige Version der Aktualisierung auf der Internetseite des DNQP veröffentlicht wurde, konnten 38 schriftliche Rückmeldungen mit Anmerkungen und Vorschlägen (allgemeine Anmerkungen, grundlegende Anmerkungen zu den Expertenstandards, Anmerkungen zur Veröffentlichung und ergänzendem Material und sprachliche und redaktionelle Hinweise) von Akteuren aus sämtlichen Bereichen der Pflege festgestellt werden. Das wissenschaftliche Team des DNQP wertete die Rückmeldungen aus und leitete diese an die Expertenarbeitsgruppe weiter. Unter Berücksichtigung der Vorschläge und Anmerkungen durch die Fachöffentlichkeit wurden im weiteren Verlauf folgende Anpassungen vorgenommen, die schließlich die Endversion des Expertenstandards komplettierten:

Erstellung der
endgültigen Version

1. Die vorläufige Ersetzung des Begriffs »Dekubitus-Grade« wurde mit knapper Mehrheit aus der Fachöffentlichkeit verworfen, da in der Praxis (z. B. in Dokumentationssystemen oder in Klassifikationen) dieser Begriff vielfach verwendet wird.
2. In Kriterienebene 1 wurden Beispiele von zentralen Risiken ergänzt, die die klinische Einschätzung erleichtern sollen.
3. Im Prozesskriterium 1 wurde das Beispiel »Tuben« durch die gebräuchlicheren Bezeichnungen »Sonden« oder »Katheter« ersetzt.
4. In der Kommentierung zu Prozesskriterium 2 wurden Aussagen zum »Nicht-Unterlagern« von bestimmten Körperteilen gestrichen, weil es diesbezüglich Hinweise auf Ausnahmen in der Praxis gab. Hier wurde

weiterhin auf die Festlegung der Zeitdauer, die ein Patient/Bewohner maximal sitzen sollte (eine Stunde) verzichtet.

5. In Kriterienebene 3 (druckverteilende Hilfsmittel) wurde stärker verdeutlicht, dass Hilfsmittel in der Regel nur eine Ergänzung der Bewegungsförderung darstellen.
6. In der Kommentierung zu Strukturkriterium 3b (Zugänglichkeit von Hilfsmitteln) wurde ergänzt, dass Pflegekräfte in ambulanten Einrichtungen den Zeitraum, in dem Hilfsmitteln beschafft werden können, aufgrund der strukturellen Bedingungen nur bedingt beeinflussen können.

Die Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, einschließlich Präambel, Kommentierung, eines überarbeiteten Audit-Instruments und der neuen Literaturstudie, wurde im Dezember 2010 veröffentlicht (DNQP, 2010b).

3 Exkurs: Leitlinien

Die nationalen Expertenstandards sind, im internationalen Vergleich gesehen, eine Besonderheit. Im Ausland oder auch in anderen Fachbereichen in Deutschland (z. B. in der Medizin) ist es üblich, sogenannte Leitlinien zu entwickeln, die ebenso den Zweck verfolgen, aktuelles Wissen zu einem bestimmten Thema zu bündeln und Empfehlungen an die Praxis zu geben. Prinzipiell sind daher Expertenstandards und Leitlinien miteinander vergleichbar. Der wesentliche Unterschied liegt in der strukturellen Gestaltung. Während Leitlinien üblicherweise eindimensional geordnet sind und sich auf die Prozesse beziehen, werden die Empfehlungen in den Expertenstandards zusätzlich nach Struktur- und Ergebniskriterien gegliedert. Der folgende Abschnitt befasst sich mit dem Thema Leitlinien im Allgemeinen und beleuchtet deren Entwicklung im nationalen und internationalen Raum.

3.1 Was sind Leitlinien?

Leitlinien gibt es in sämtlichen Branchen und Bereichen des Arbeitslebens, z. B. in der Politik, in der freien Marktwirtschaft oder in den sozialen und Gesundheitsberufen. Allgemein betrachtet kann eine Leitlinie definiert werden als »bestimmender Grundsatz, leitender Gesichtspunkt, richtungweisender Anhaltspunkt (für das Handeln)« (Duden, 2013). Aufgrund der in diesem Buch zugrunde liegenden Thematik sollen die folgenden Inhalte jedoch auf die klinischen Leitlinien begrenzt bleiben, also Leitlinien, die sich auf klinische Zustände, wie z. B. eine Dekubitusgefährdung, beziehen.

Evidenzbasierte
klinische (Praxis-)
Leitlinien

Klinische Leitlinien können von ganz unterschiedlicher Qualität sein. Nicht jede klinische Leitlinie ist zwangsläufig wissenschaftlich basiert. Die sogenannten evidenzbasierten klinischen (Praxis-)Leitlinien bieten die beste wissenschaftliche Grundlage und Fachexpertise und sollten daher auch für das praktische Handeln herangezogen werden. Klinische (Praxis-)Leitlinien geben spezifische Praxisempfehlungen und Vorschriften für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung. Sie sind für eine Vielzahl von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen verfügbar und enthalten typischerweise einen Mindestbestand an Leistungen und

Handlungen, die für einen bestimmten klinischen Zustand geeignet sind. Ihr vorrangiger Zweck ist es erstens, das zu beeinflussen, was der Akteur (z.B. der Arzt oder die Pflegefachkraft) tut. Zweitens sollen damit alle Aspekte angesprochen werden, die relevant für die klinische Entscheidungsfindung sind, einschließlich der Abwägung von Nutzen und Risiken. Drittens entstehen diese Leitlinien aus einer Notwendigkeit heraus. Das heißt, sie werden entwickelt, um die Praxis zu leiten, auch wenn zu einem bestimmten Thema nicht genügend wissenschaftlich basiertes Wissen vorhanden ist. Das unterscheidet sie von rein wissenschaftstheoretischen Übersichtsarbeiten. Und viertens werden Leitlinien von einer Gruppe entwickelt, die nicht nur aus Wissenschaftlern, sondern auch aus anderen Experten und Praktikern besteht – auch das unterscheidet sie von reinen Forschungsarbeiten. Daher kann es vorkommen, dass Leitlinien zu einem bestimmten Thema andere Empfehlungen enthalten als z.B. eine Übersichtsarbeit zu demselben Thema (Polit & Beck, 2008).

3.2 Nationale Leitlinien

Neben den pflegespezifischen Expertenstandards des DNQP existieren auch in Deutschland Leitlinien zu sämtlichen Themen des Gesundheitsbereichs. Diese können für das pflegepraktische Handeln ebenso von Bedeutung sein. Die Inhalte von bestimmten, thematisch relevanten Leitlinien werden dann auch in die jeweiligen Expertenstandards integriert. Je nach Thema kann es jedoch notwendig sein, Leitlinienwissen heranzuziehen, um eine adäquate Pflegepraxis sicherzustellen. Als Beispiele seien hier die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM; einzusehen unter <http://www.dgem.de/leit.htm>) oder die S3-Leitlinie »Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz« der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW, 2012; erhältlich unter <http://www.awmf.org/leitlinien/-detail/1/091-001.html>) zu nennen.

Die Leitlinien sind oftmals auf den Internetseiten der jeweiligen Fachgesellschaften zu finden. Die beste Übersicht über relevante Leitlinien für den nationalen Gesundheitsbereich bietet die Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF; <http://www.awmf.org>). Hier werden Leitlinien veröffentlicht, die von Fachgesellschaften nach den Prinzipien der AWMF entwickelt wurden. »Die ›Leitlinien‹ der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten

Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die ›Leitlinien‹ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung« (AWMF, 2013). Fachgesellschaften, die Leitlinien für die AWMF entwickeln wollen, müssen sich nach bestimmten methodischen Kriterien richten. Dabei gibt es drei verschiedene Abstufungen, nach denen sich die Methodik und Stärke einer Leitlinie richten: Leitlinien, die nur auf der Expertise von Experten basieren, bilden die schwächste Variante (S1-Leitlinien); Leitlinien von mittlerer Stärke basieren entweder auf einer systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung von Literatur (S2e-Leitlinien) oder auf einer strukturierten Konsensfindung (S2k-Leitlinien); die aussagekräftigsten Leitlinien müssen auf einer systematische Recherche, Auswahl und Bewertung sowie einer strukturierten Konsensfindung basieren (S3-Leitlinien).

3.3 Internationale Leitlinien

Für den internationalen Bereich existiert ebenfalls eine Fülle von Leitlinien zu sämtlichen Themen. Für das praktische Handeln sind in Deutschland in erster Linie die nationalen Leitlinien relevant, da diese speziell für die hierzulande herrschenden Verhältnisse entwickelt wurden. Internationale Leitlinien lassen sich nicht unbedingt auf nationale Bedingungen übertragen, weil z.B. die Strukturen im Gesundheitswesen nicht vergleichbar sind oder weil die Akteure andere Qualifikationen haben. Wer darüber hinaus an internationalen Leitlinien interessiert ist, sollte sich an spezielle Internetquellen halten, wie z.B. allgemeine Seiten über Leitlinien in den jeweiligen Ländern. Für die US-amerikanischen Leitlinien aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich sei hier auf das National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov>) verwiesen. Kanadische Leitlinien sind auf der Seite der Registered Nurse Association of Ontario (<http://www.rnao.org/bestpractices>) zu finden und für Leitlinien aus Großbritannien kann die Homepage der Translating Research into Practice (TRIP) Datenbank (<http://tripdatabase.com>) bzw. die des National Institute for Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk>) empfohlen werden (Polit & Beck, 2008).

Aber auch auf den Internetseiten der themenspezifischen Organisationen, wie z.B. die Europäische Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN, <http://www.espen.org>) für den Bereich Ernährung, sind die entsprechenden Leitlinien zu finden. Die international relevante Leitlinie für die Dekubitusprophylaxe wurde vom Europäischen Dekubitusausschuss (European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP) und dem

Amerikanischen Dekubitusausschuss (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) entwickelt. Eine Kurzversion in deutscher Sprache steht unter <http://www.epuap.org/guidelines/> als kostenloser Download zu Verfügung. Die Vollversion der Leitlinie (einschließlich der Leitlinie Dekubitusbehandlung) kann gegen eine Gebühr beim NPUAP (<http://www.npuap.org/online-store/product.php?productid=17585&cat=3&bestseller=Y>) angefordert werden. Eine Aktualisierung der Leitlinie befindet sich derzeit in der Entwicklung und soll 2014 veröffentlicht werden.

Der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) besteht seit 1996 und ist ein Zusammenschluss europäischer Wissenschaftler, Ärzte und Pflegefachkräfte. Gemeinsam mit dem National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) wurde 2009 die Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Dekubitalulcerationen entwickelt. Insgesamt waren daran 903 Experten, 146 Organisationen aus 63 Ländern und 6 Kontinenten beteiligt. Für die Entwicklung der Leitlinie wurde eine detaillierte und eindeutige Methode gewählt. Wie auch beim Expertenstandard wurde bei der Entwicklung der Leitlinie eine umfassende Literaturstudie durchgeführt, die als Grundlage für die Empfehlungen diente. Ebenso verwendeten die Autoren für die Bewertung der Studien eine bestimmte Klassifikation (► Tab. 3.1), nach der die Qualität der einzelnen Studien eingeordnet wurde. Jeder Empfehlung der Leitlinie ist eine sogenannte Evidenzstärke zugeordnet, ausgedrückt in den Buchstaben A (beste Evidenz), B (mittlere Evidenz) und C (schwächste Evidenz) (► Tab. 3.2).

Die internationale Leitlinie des EPUAP und NPUAP

Stärke	Beschreibung
1	Große randomisierte kontrollierte Studien mit eindeutigen Ergebnissen (und geringem Irrtumsrisiko)
2	Kleine randomisierte kontrollierte Studien mit unsicheren Ergebnissen (und mäßigem bis hohem Irrtumsrisiko)
3	Nicht randomisierte Studien mit simultaner oder zeitgleicher Kontrollgruppe
4	Nicht randomisierte Studien mit historischer Kontrollgruppe
5	Fallserien ohne Kontrollen

Tab. 3.1:
Stärke der Evidenz für einzelne Studien

Die Leitlinie des EPUAP und NPUAP enthält insgesamt 42 übergeordnete Empfehlungen, denen teilweise mehrere Empfehlungen untergeordnet sind sowie entsprechende Kommentierungen zu den Themen

- Risikoeinschätzung (11 Empfehlungen),
- Untersuchung der Haut (12 Empfehlungen),
- Ernährung im Hinblick auf die Prävention des Dekubitus (3 Empfehlungen),
- Lagerung zur Prävention des Dekubitus (6 Empfehlungen),

Tab. 3.2:
Stärke der
Evidenzbewertung
für jede Empfehlung
(Quelle: EPUAP &
NPUAP, 2009)

Stärke der Evidenz	Beschreibung
A	Diese Empfehlung wird von direkter wissenschaftlicher Evidenz unterstützt, die durch sorgfältig geplante und sorgfältig durchgeführte kontrollierte klinische Studien über Dekubitus an Menschen (oder an dekubitusgefährdeten Menschen) statistische Ergebnisse liefern, die in konsistenter Weise die Aussage aus der Leitlinie unterstützen. (Stärke 1 Studien notwendig.)
B	Diese Empfehlung wird von direkter wissenschaftlicher Evidenz unterstützt, die durch sorgfältig geplante und durchgeführte klinische Serien über Dekubitus an Menschen (oder an dekubitusgefährdeten Menschen) statistische Ergebnisse liefern, die in konsistenter Weise die Aussage aus der Leitlinie unterstützen. (Stärke 2, 3, 4, 5 Studien notwendig.)
C	Diese Empfehlung wird von indirekter wissenschaftlicher Evidenz unterstützt (z. B. Studien an gesunden Menschen, Menschen mit anderen Wundformen, Tiermodellen) und/oder sie basiert auf der Meinung von Experten.

- Lagerungssysteme (5 Empfehlungen) und
- spezielle Patientengruppen: Patienten im OP (5 Empfehlungen).

Für den nationalen Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe in der Pflege« nahmen die Autoren an vielen Stellen Bezug zu den Inhalten aus der internationalen Leitlinie. Wurde im Expertenstandard von den Aussagen der Leitlinie abgewichen, so hatte dies meist den Grund, dass die betreffenden Aussagen in der Leitlinie auf geringer Evidenz basieren.

4 Exkurs: Evidence-based Nursing

Expertenstandards wie auch evidenzbasierte klinische (Praxis-)Leitlinien haben den Anspruch, das beste derzeit verfügbare Wissen abzubilden. Damit ist jedoch noch nicht erreicht, dass dieses Wissen auch in die Praxis gelangt. Darüber hinaus muss das allgemeine Theoriewissen auf den individuellen Fall übertragen werden.

Das auch als Theorie-Praxis-Transfer bezeichnete Phänomen ist eine der Kernaufgaben der Pflege(-wissenschaft), denn darin liegt eines der grundlegenden Probleme der Pflege. Obwohl es mittlerweile in einigen Bereichen ein recht gut entwickeltes theoretisches Wissen gibt, scheint die Übertragung dieses Wissens in die Praxis problematisch. Im Bereich Dekubitusprophylaxe äußert sich dieser Umstand in einer mangelnden Umsetzung von Leitlinien (Meesterberends et al., 2010; van Gaal et al., 2010). Für Deutschland liegen derartige Ergebnisse nicht vor, allerdings gibt es erste Hinweise darauf, dass bereits in der pflegerischen Erstausbildung Wissen gelehrt wird, das nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Standard entspricht (Wilborn et al., 2009; Strupeit et al., 2012). Darüber hinaus scheint das Wissen von Pflegenden zur Dekubitusprophylaxe in Teilen mangelhaft zu sein (Buß et al., 2012). Letztlich weisen die Inzidenz- und Prävalenzzahlen daraufhin, dass viele Dekubitus nicht vermieden werden können.

Um den Transfer von Wissen in die Praxis voranzubringen, müssen Maßnahmen getroffen werden, die sich positiv auf die Praxis auswirken. In der Literatur gibt es Hinweise auf mögliche Maßnahmen zur Förderung des Theorie-Praxis-Transfers, wie z. B. aktive Schulungsmaßnahmen oder die Anwendung von Instrumenten zur Entscheidungsfindung (Wensing et al., 2010). Ein viel diskutiertes Konzept zur Förderung des Theorie-Praxis-Transfers ist das sogenannte Evidence-based Nursing (EBN), also eine Pflege, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Behrens & Langer (2010) haben dieses Konzept in Deutschland bekannt gemacht; die folgenden Inhalte beziehen sich auf ihre Veröffentlichungen zu dem Thema.

Expertenstandards,
Leitlinien und deren
Umsetzung in der
Pflegepraxis

4.1 Grundlagen

Evidence-based Nursing (EBN) wird definiert als »die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuel-

len Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden« (Behrens & Langer, 2010, S.25). Damit wird deutlich, dass es nicht nur darum geht, das Theoriewissen einheitlich umzusetzen. Vielmehr soll das Theoriewissen mit dem individuellen Fall verbunden werden. Es ist die Aufgabe der Pflegekraft, gemeinsam mit dem Klienten die beste Entscheidung für seine individuelle Situation zu treffen. Dabei fließen sowohl das Theoriewissen aber ebenso das Praxiswissen der Pflegefachkraft und die Bedarfe und Bedürfnisse des Klienten mit ein – das ist das Charakteristische der Pflege.

Entscheidungen zu treffen ist die tagtägliche Aufgabe einer Pflegefachkraft. Jeder Pflegehandlung geht praktisch eine Entscheidung voraus. Darüber, welche Maßnahme angewendet werden soll, wie diese umgesetzt wird oder ob möglicherweise auf eine Maßnahme verzichtet werden sollte. Selbst wenn auf Maßnahmen verzichtet wird, ist eine Entscheidung getroffen worden und muss dokumentiert werden.

Der Prozess der pflegerischen Entscheidungsfindung beginnt mit einem Beratungsanlass. Dies kann zum Beispiel ein klinischer Zustand, wie Schmerz oder eine Dekubitusgefährdung, sein. Damit überhaupt eine Entscheidung über eventuell einzuleitende Maßnahmen getroffen werden kann, muss die Pflegefachkraft das vorliegende Problem erst einmal erkennen und anerkennen, dass es sich um ein Problem handelt. Um das Problem zu erkennen, muss die Pflegefachkraft in der Lage sein, relevante Zustände zu beurteilen. Die pflegerischen Assessments dienen ihr dabei als Hilfsmittel. Darüber hinaus sind Anlässe, die einer Entscheidung bedürfen, auch als solche anzuerkennen. Wenn ein Klient z. B. Schmerzen äußert und die Pflegefachkraft dem keinen Glauben schenkt, wird das Problem immer wieder auftreten, solange keine Entscheidung über eine Lösung getroffen wird. Ist ein Problem erkannt, wird es zunächst definiert und es werden die Ziele festgelegt. Im nächsten Schritt sucht die Pflegefachkraft nach möglichen Handlungsalternativen. Dazu gehört auch das Heranziehen von theoretischem Wissen. In diesem Schritt kann es notwendig werden, zur Problemerkennung zurückzugehen, um das Problem neu zu definieren oder die Ziele neu festzulegen. Unter Umständen muss hier mit dem ersten Schritt begonnen werden. Wurden aber mögliche Alternativen ausgemacht, gilt es im nächsten Schritt eine Entscheidung zu treffen. Dabei ist entscheidend, wie die einzelnen möglichen Maßnahmen bewertet wurden, d. h. wie erfolgversprechend sie im Hinblick auf das erwartete Ergebnis sind. Dann werden die gewählten Maßnahmen wie vereinbart umgesetzt. Zum Abschluss des Prozesses erfolgt eine Bewertung der Maßnahmen hinsichtlich der Erreichung der vorher gesteckten Ziele (► **Abb. 4.1**).

Die Schwierigkeit bei der Entscheidungsfindung liegt darin, dass der Erfolg einer Maßnahme nie vorausgesehen werden kann. Hier kommt erschwerend hinzu, dass in einer Disziplin wie der Pflege, in der der Umgang mit Menschen im Mittelpunkt steht, häufig Einflüsse auftreten, die das Ergebnis beeinflussen können. Darüber hinaus müssen viele Entscheidungen in der Pflege in relativ kurzer Zeit getroffen werden.

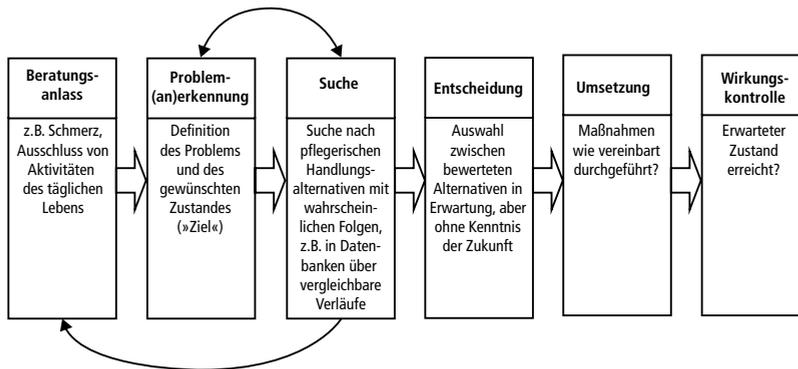


Abb. 4.1: Das Pflegemodell – pflegerische Entscheidungen als Phase pflegerischer Problemlösungen (Behrens & Langer, 2010, S.32)

4.2 Prozess

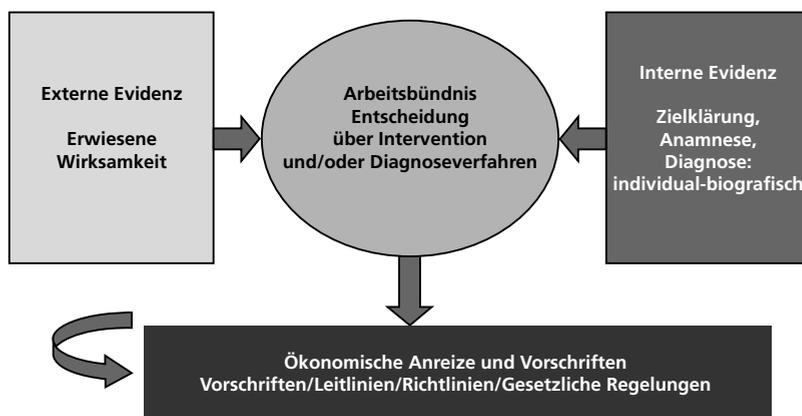
Die Abbildung 4.1 veranschaulicht den Prozess des EBN. Im Zentrum des Prozesses steht das individuelle Arbeitsbündnis zwischen Pflegefachkraft und Klienten, in dessen Rahmen Entscheidungen getroffen werden. Die Entscheidungsfindung, im Sinne des EBN, wird von drei verschiedenen Komponenten beeinflusst: die externe Evidenz, die interne Evidenz und die ökonomischen Anreize und Vorschriften. Bei der externen Evidenz handelt es sich um jenes theoretische Wissen, welches auch in den Expertenstandards und in den Leitlinien abgebildet ist. Dieses Wissen wird in erster Linie durch Forschung gewonnen. Das interne Wissen hingegen bezeichnet die Überzeugungen von Pflegefachkraft und Klient. Es umfasst ihre persönlichen Erfahrungen sowie individuell-biografische Zielsetzungen und die individuellen Diagnosen. Vorschriften, Leitlinien, Richtlinien und gesetzliche Regelungen bilden die ökonomischen Anreize und Vorschriften, die im Rahmen des EBN-Prozesses eingehalten werden müssen.

Betrachtet man beide Formen der Evidenz mit Bezug auf die Pflegepraxis, so wird deutlich, dass ohne eine interne Evidenz, ohne das Handeln der Pflegefachkraft in der individuellen Situation, keine praktische Pflege stattfinden kann. Würde man sich gänzlich auf die externe Evidenz verlassen, müssten sich die Klienten in immer gleich bleibende Kategorien einteilen lassen, um nach einem immer gleichen Schema behandelt zu werden – ein solches Szenario ist aber bekanntlich nicht möglich.

Ohne die externe Evidenz würde die Pflegepraxis jedoch Interventionen durchführen, die dem Klienten nicht nützen oder ihn u.U. sogar schädigen können. Es sind folglich beide Komponenten – sowohl die externe als auch die interne Evidenz – unerlässlich für eine evidenzbasierte Pflege (Behrens & Langer, 2010). Kommt es in der Pflegepraxis zu einer Situation, die eine Entscheidung erfordert, hat die Pflegefachkraft die Aufgabe, aus ihrem Arbeitsbündnis mit dem Klienten heraus, zum einen

nach externer Evidenz zu suchen. Diese findet sie z.B. in Expertenstandards oder Leitlinien. Darüber hinaus hat sie die Möglichkeit, durch eine eigene Recherche Literatur ausfindig zu machen, indem sie medizinische Datenbanken (z.B. Medline, zu finden unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) oder Fachzeitschriften durchsucht. Diese Vorgehensweise erfordert allerdings gewisse Kompetenzen, um relevante Quellen zu finden und deren Inhalte interpretieren zu können. Gleichzeitig lässt die Pflegefachkraft die interne Evidenz in die Entscheidung einfließen. Es kann z.B. vorkommen, dass die Erkenntnisse aus der externen Evidenz nicht ohne weiteres auf einen Klienten anwendbar sind, weil sein Zustand von dem »Normalfall« abweicht. Wenn z.B. ein dekubitusgefährdeter Klient unter großen Schmerzen bei Bewegung leidet, muss unter Umständen bis zur Schmerzkontrolle auf eine Bewegungsförderung verzichtet werden. Auch die persönliche Erfahrung der Pflegefachkraft kann sich auf die Entscheidung auswirken. Sie verfügt über eine gewisse praktische Erfahrung, die ihr helfen kann, die Entscheidung an die realen Gegebenheiten der Situation anzupassen. Darüber hinaus befähigt sie ihre Beziehung zum Klienten, seine persönlichen Bedürfnisse und Erfahrungen zu berücksichtigen, denn diese können in Kontrast zu dem theoretischen Wissen stehen. Die Kunst besteht nun darin, beide Formen der Evidenz gegeneinander abzuwägen und eine für den individuellen Klienten sinnvolle Lösung zu finden. Dabei sollten die gesetzlichen Rahmenbedingungen, Leit- und Richtlinien und andere Vorschriften natürlich beachtet werden.

Abb. 4.2:
Evidenzbasierte Praxis
(modifiziert nach
Behrens & Langer,
2006, S. 30)



4.3 Zusammenfassung

Die nationalen Expertenstandards des DNQP werden entwickelt, um die Qualität in der Pflege in Deutschland zu fördern. Sie basieren auf

aktuellen, wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen und Fachexpertise und enthalten darauf basierende Empfehlungen für die Pflegepraxis. Der Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe in der Pflege« wurde als erster Expertenstandard im Jahr 2000 veröffentlicht. Im Jahr 2010 wurde eine aktualisierte Fassung des Standards veröffentlicht, die einige wesentliche Änderungen mit sich brachte, die vor allem die Risikoeinschätzung und ernährungsspezifische Maßnahmen und Maßnahmen zur Förderung der Gewebetoleranz betrifft. Im internationalen Bereich und für andere Gesundheitsbereiche werden Leitlinien entwickelt, die in etwa mit den Expertenstandards vergleichbar sind. Für sämtliche Bereiche, vor allem für die Medizin, existieren Leitlinien, die, wie die Expertenstandards, systematisch entwickelt werden und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Für den Bereich Dekubitusprophylaxe veröffentlichten NPUAP und EPUAP (2009) eine Leitlinie, die in der internationalen Praxis weitreichend genutzt wird.

Um theoretisches Wissen, welches in Expertenstandards und Leitlinien abgebildet ist, erfolgreich in die Praxis zu übertragen, müssen gezielte Strategien umgesetzt werden, die den Theorie-Praxis-Transfer leiten. Das Konzept des Evidence-based Nursing (EBN) beschreibt eine solche Strategie. Im Zentrum des EBN steht die Entscheidungsfindung innerhalb des Arbeitsbündnisses zwischen Pflegefachkraft und Klient. Unter Einbeziehung der externen sowie der internen Evidenz und unter Beachtung der ökonomischen Anreize und Vorschriften führt die Pflegefachkraft Entscheidungen über Interventionen und/oder Diagnoseverfahren herbei, die auf den individuellen Fall abgestimmt sind.

5 Ausführungen zu den Handlungsebenen

Der Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe in der Pflege« (DNQP, 2010b) gliedert sich in sechs Handlungsebenen. Nachfolgend werden diese aufgezeigt und entsprechende Hinweise für die Umsetzung in Praxis und Management gegeben.

5.1 Ausführungen zur Handlungsebene 1

Die Handlungsebene 1 wird als Einschätzungsebene bezeichnet (► Tab. 5.1). Um die Dekubitusgefährdung fachgerecht einschätzen zu können, benötigt die Pflegefachkraft aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung und -verlauf (Pathogenese und Ätiologie). Die Pflegefachkraft muss weiterhin in der Lage sein, das erworbene Wissen im Pflegeprozess umzusetzen.

Strukturqualität Pflegefachkraft

Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sowie durchgeführte prophylaktische Maßnahmen müssen auf dem Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse beruhen. Da der wissenschaftliche Erkenntnisprozess permanent voranschreitet, reichen die einmalig in der Ausbildung erworbenen Inhalte nicht aus. Zusätzlich sollte das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisiert werden. Dies kann beispielsweise durch Lesen von Fachliteratur (sollte in der Regel nicht älter als fünf Jahre sein) oder durch Besuche von Kongressen medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften (z.B. der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.) erreicht werden. Nach Möglichkeit sollte eine Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation für diese Aufgabe hinzugezogen werden.

Struktur (S)	Prozess (P)	Ergebnis (E)
<i>Handlungsebene 1</i>	<i>Wissen zur Dekubitusentstehung und Risikoeinschätzungskompetenz</i>	<i>Einschätzungsebene</i>
<i>S1 Die Pflegefachkraft</i>	<i>P1 Die Pflegefachkraft</i>	<i>E1</i>
»verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen« (Balzer et al., 2010, S. 21).	»beurteilt mittels eines systematischen Vorgehens das Dekubitusrisiko aller Patienten/ Bewohner, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkung von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter), die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen« (Balzer et al., 2010, S. 21).	»Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor« (Balzer et al., 2010, S. 21).

Tab. 5.1:
Inhalte
Handlungsebene 1

Dekubitus

Laut des aktuellen Expertenstandards »Dekubitusprophylaxe in der Pflege« (DNQP, 2010b) lautet der Plural von Dekubitus ebenfalls Dekubitus und wird »Dekubitus«, mit langem »u« am Ende ausgesprochen (DNQP, 2010b, S. 19). Der Begriff Dekubiti wird für die Mehrzahl von Dekubitus in der Praxis häufig verwendet, ist aber grammatikalisch falsch.



Es sollte, statt Begriffen wie Grade oder Stufen, die Bezeichnung Kategorie verwendet werden, da die wenigsten Dekubitus in einer strikten Reihenfolge verlaufen (von Kategorie 1 über die Kategorien 2 und 3 zu Kategorie 4) (NPUAP & EPUAP, 2009). Es sind voneinander unabhängige Kategorien. Der Klient entwickelt z. B. entweder Kategorie 4 oder 2. Da ein Dekubitus meist nicht fortschreitet und auch nicht rückwärts abheilen kann, bleibt ein im Vorfeld aufgetretener Dekubitus der Kategorie 4 auch in abgeheiltem Zustand ein Dekubitus der Kategorie 4. Ist der Dekubitus abgeheilt, ist die korrekte Schreibweise »abgeheilter Dekubitus Kategorie 4« oder »Zustand nach Dekubitalulcus der Kategorie 4«. Das hat den Vorteil, dass jeder einen abgeheilten Dekubitus in der Anamnese sofort erkennt und unmittelbar Interventionen planen kann. Denn der größte Risikofaktor ist ein vorhandener oder abgeheilter Dekubitus. Da-

Dekubituskategorie

bei muss es sich gar nicht um dieselbe Körperstelle handeln. Ebenso kann eine andere Körperstelle betroffen sein. Ein abgeheilter oder vorhandener Dekubitus ist jedoch ein Zeichen dafür, dass eine bestimmte Konstellation bei dieser Person vorhanden ist und eine erhöhte Neigung zur Dekubitusentwicklung vorliegt. Bei Menschen, die irgendwann einmal einen Dekubitus entwickelt haben, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass sie erneut einen Dekubitus entwickeln werden. Ein zusätzliches Problem besteht darin, dass ein abgeheilter Dekubitus Narbengewebe aufweist, welches nur eine Art Ersatzgewebe ist und daher weniger belastbar ist als physiologisches Gewebe. Die Krankenkassen erwarten häufig einen Rückwärtsverlauf beim Dekubitus. Allerdings kann sich ein Dekubitus der Kategorie 3 oder 4 nicht mehr zu einer Blasenbildung oder gar einer Rötung zurückbilden. Dies ist physiologisch nicht möglich.

Aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung

Um einen Dekubitus (Dekubitalulcus) zu vermeiden, muss die Pflegefachkraft die zugrunde liegenden Erkrankungen und deren Diagnose = Dekubitalulcus kennen.

Kompetenz zur Dekubitusrisikoeinschätzung

Die Pflegefachkraft muss in der Lage sein, das Dekubitusrisiko eines Klienten systematisch, rechtzeitig und sicher einzuschätzen. D. h. sie muss die Notwendigkeit einer Risikoeinschätzung erkennen können, die Risikoeinschätzung (einschließlich Hautinspektion) sicher und genau durchführen können und alle Risikoeinschätzungen dokumentieren. Weiterhin muss die Pflegefachkraft die Güte und Anwendbarkeit von verfügbaren Assessmentinstrumenten (z. B. Dekubitusrisikoskalen) inhaltlich beurteilen können. Sie muss darüber hinaus die Handhabung dieser Instrumente beherrschen und die Ergebnisse unter Einbeziehung ihrer klinischen Einschätzung bewerten.

Strukturqualität Einrichtung

Innerhalb des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe wurde in den Handlungsebenen keine Strukturanforderung in Bezug auf Assessment und Dokumentation an die Einrichtung gestellt. Lediglich wurde in der Präambel gefordert, dass die Betriebsleitung und das Pflegemanagement für das Bereitstellen von Wissen, geeigneten Hilfsmitteln und Materialien zuständig sind.

Prozessqualität Pflegefachkraft

Für alle Klienten, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, muss das Dekubitusrisiko durch eine Pflegefachkraft beurteilt werden. Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags